46e Année. — N° 34. Vendredi 25 Août 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Otologie : Note sur le traitement des obstructions de la trompe d'Eustache, par le Dr Suarez de Mendoza, p. 529. — **Revue de la presse** : De la syphilis secondaire du larynx, p. 530. — Gangrène des organes génitaux externes de l'homme, p. 531. — **Ve Congrès français de médecine** : (Lille 1899) (suite). — Lithiase rénale chez les enfants, p. 532. — Traitement du goitre exophtalmique par les injections d'éther iodoformé dans le parenchyme du corps thyroïde, p. 532. — De la valeur séméiologique de l'encoche de Sibson, p. 533. — Néphrites associées au paludisme dans l'enfance, p. 533. — Rétrécissement mitral pur et cure d'air, p. 533. — Hémorrhagies scrotales et gastro-intestinales chez un nouveau né, p. 533. — Etude clinique des troubles digestifs dans l'artério-sclérose, p. 533. — Erysipèle de la face à répétition, p. 533. — Le tubage dans la clientèle privée, sans surveillance permanente, p. 533. — Recherches hématologiques dans quelques maladies du système nerveux, p. 533. — Infiltration calcaire de la peau. Lésions des glandes sudoripares. Périnévrite, p. 534. — Disproportion entre la fréquence des empyèmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre, p. 534. — Le délire dans les maladies aiguës, p 534. — Les faux témoignages suggérés, p. 535. — L'analgésie du cubital dans l'épilepsie, p. 535. — Diagnostic de la tuberculose humaine par la tuberculine à très faibles doses, p. 535. — Etude sur la nutrition dans la tuberculose et sur l'influence des sérums médicamenteux, p. 537. — Climathérapie française. La cure libre de la tuberculose pulmonaire, p. 537. — De l'application du chloroforme sous différentes formes au traitement de la tuberculose, p. 537. — Intervention chirurgicale dans les adénies, p. 537. — Essai sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du lymphadénome ganglionnaire, p. 538. — Les toxicomanes, p. 538. — **Variétés** : Le congrès d'Utrecht, p. 540. — **Memento pratique**, p. 541. — **Nouvelles**, p. 542. — **Bulletin Bibliographique**, p. 544.

OTOLOGIE

Note sur le traitement des obstructions de la trompe d'Eustache,

Par le Dr Suarez de Mendoza (1).

Depuis vingt ans, je m'occupe d'une façon toute spéciale du traitement des obstructions de la trompe d'Eustache, qui constituent, comme on sait, une cause fréquente de surdité.

Les besoins de chaque jour m'ont amené à créer quelques instruments qui ont été l'objet de plusieurs communications à diverses sociétés savantes. Aujourd'hui que la pratique me donne de plus en plus la conviction d'avoir été, en cela, utile à mes malades, j'ai voulu soumettre mes instruments et ma méthode à votre savante et haute appréciation. D'autant plus que, dans de récentes publications, on a souvent oublié que j'ai été le premier à créer et à conseiller les bougies mathématiquement graduées (par dixièmes de millimètres), les seules qui permettent de mesurer exactement le calibre de la trompe et de franchir tous les rétrécissements franchissables.

(1) Communication à la *Société de médecine de Paris.*

Voici, dans un ordre à la fois méthodique et chronologique, les innovations et les modifications que j'ai cru devoir apporter au traitement classique.

Dans les cas simples d'obstruction tubaire, lorsque l'insufflation pratiquée selon le procédé de Politzer ou à l'aide de la sonde d'Isard ne réussissait pas à faire pénétrer de l'air dans la caisse, je me suis bien trouvé du cathétérisme combiné, que je pratique depuis 1877. Je procède de la manière suivante : Le cathéter en place dans la trompe et mis en communication avec une poire à insufflation, je présente au malade un verre d'eau et un chalumeau en lui recommandant d'aspirer le liquide pendant que le ballon s'emplit d'air et d'avaler au moment précis où je presse la poire pour chasser l'air dans la caisse. Ce procédé m'a donné de bons résultats dans des cas où les moyens habituels d'insufflation restaient sans effet.

Contre les rétrécissements vrais, ce moyen serait insuffisant et il me faut faire usage de mes instruments spéciaux, sondes et bougies.

Ces dernières sont, les unes en baleine, les autres en crin de Florence recouvert (boyau de ver à soie), certaines portent une armature métallique pour l'emploi de l'électricité.

Elles forment trois séries désignées suivant la forme de leur partie active, c'est-à-dire de leur extrémité pharyngienne : 1° bougies olivaires ; 2° cylindriques ; 3° cono-cylindriques.

Chaque série se compose de onze bougies, correspondant respectivement aux onze derniers numéros d'une filière que j'ai fait établir à cette fin et qui va progressivement de 1 à 15 dixièmes de millimètre. Elles suivent ainsi une gradation très douce et présentent, en outre, l'avantage d'indiquer, par leur numéro même, leur diamètre en dixièmes de millimètre. Je vais rapidement expliquer la destination et le mode d'emploi des unes et des autres.

Et d'abord, pour le diagnostic de l'obstruction, j'ai créé mes bougies olivaires en baleine. Ces bougies, *comme toutes celles en baleine, deviennent, si on les met à baigner dans l'eau pendant vingt-quatre heures, aussi souples que des bougies en gomme.* Ainsi préparées, elles acquièrent une grande souplesse tout en conservant une rigidité suffisante pour vaincre la résistance lorsque le rétrécissement n'est pas tout à fait infranchissable pour le numéro employé.

Elles ont, sur les bougies en celluloïd, l'avantage de

ne pas être fragiles et sur les bougies en argent celui d'être moins rigides et plus élastiques.

La bougie olivaire n'étant, grâce à la saillie de son olive, en contact intime qu'avec un point du conduit, transmet des sensations très nettes, des actions qui s'y produisent, et on perçoit très bien, soit la simple résistance, soit l'obstacle invincible, soit le franchissement de la portion rétrécie du canal.

On détermine le siège du rétrécissement au moyen d'une graduation faite *ad hoc*, soit sur la partie libre de la bougie, c'est-a-dire non engagée dans le cathéter, soit snr une petite bande de bristol : en lisant sur cette graduation, de combien, avant de s'arrêter, la bougie s'est avancée dans le cathéter, on voit, de combien l'olive en dépasse le bout pharyngien, et, par suite, quel point elle occupe dans la trompe, c'est celui de la sténose.

Pour en connaître la longueur, il faut avoir soin de noter le point où la bougie s'arrête daus sa marche, en avant de l'obtacle. Celui-ci franchi, on ramène l'olive en arrière, jusqu'au dit obstacle; on note ce nouveau point : alors l'écart existant entre ces deux indications donne, après déduction de la longueur de l'olive, l'étendue du rétrécissement.

Pour en apprécier le degré, il suffit, lorsque la bougie exploratrice s'est arrêtée, de choisir un numéro inférieur qui franchisse l'obstacle sans trop de frottement, le numéro de cette dernière bougie donne, en dixièmes de millimètre, le calibre de la sténose, c'est-à-dire le degré de rétrécissement.

Pour le traitement, j'ai fait établir deux séries de bougies dont une est cylindrique, en baleine, et l'autre en crin de Florence recouvert ; elles sont cylindroconiques. Ces diverses bougies me servent d'abord pour la dilatation intermittente, conseillée par quelques auteurs et qui suffit assez souvent dans les rétrécissements moyens, pour rétablir la perméabilité de la trompe, en second lieu pour pratiquer la dilatation progressiue, et continue, méthode de la préconise, depuis onze ans contre les rétrécissements prononcés et qui m'a donné de nombreux succès. Mais si les mêmes bougies peuvent servir également contre les sténoses moyennes et les rétrécissements forts, leur mode d'emploi diffère absolument.

Pour ces derniers cas, où la bougie dilatatrice doit rester plusieurs heures dans la trompe, j'ai dû, pour éviter au malade la gêne résultant de la présence d'un cathéter dans le nez, inventer la sonde gouttière à couvercle mobile. Cette sonde qui a encore pour but de faciliter la mise en place de la bougie dans la trompe présente, dans toute sa longueur, une fente assez large pour laisser sortir latéralement la dite bougie, lorsqu'on l'expulsera de sa cannelure.

Je vais ici entrer dans quelques détails, afin de bien faire saisir la simplicité extrême de mon procédé de mise en place et la facilité de la manœuvre. Tout d'abord, avant de glisser la bougie dans la sonde, je ferme préalablement la fente au moyen du couvercle qui s'ajuste, à frottement doux, contre la paroi interne de l'instrument, et s'y maintient par le seul fait que son arc de courbure, c'est-à-dire sa largenr, comprend un peu plus de la demi-circonférence intérieure de la sonde.

L'instrument armé de sa bougie, je l'introduis dans la cavité nasale et engage son extrémité pharyngienne dans le pavillon de la trompe. Alors, je pousse doucement la bougie dans ce canal. Quand elle a atteint la hauteur voulue, je retire le couvercle ; puis à l'aide d'une tige cylindrique souple, d'un diamètre égal au calibre de la sonde, et que j'insinue entre sa paroi et la bougie, je déplace latéralement cette dernière, et la fais sortir de l'instrument par sa fente longitudinale.

Cela fait, je retire la sonde, coupe la bougie au niveau des narines, la fixe à l'aide d'un fil et d'un morceau de taffetas collé au voisinage du nez, puis la laisse à demeure le temps nécessaire, — variant de deux à six heures — pour produire l'effet résolutif désiré. Les malades peuvent pendant tout ce temps vaquer à leurs occupations habituelles.

Pour certains cas très rares, qui résistaient à la dilatation simple et semblaient infranchissables, j'ai fait fabriquer des bougies métalliques à olive et armature en platine, et recouvertes dans leur longueur d'une couche isolante, lesquelles me permettent d'employer l'action du courant continu.

A l'aide de ces bougies conductrices, et d'un faible courant galvanique d'un demi à un milliampère, je suis arrivé à franchir des rétrécissements que l'emploi simple des diverses bougies n'avait pu vaincre.

Depuis près de vingt ans, j'ai eu l'occasion de soigner plus de 360 cas de rétrécissements vrais, sur lequels la dilatation progressive et continue, soit simple, soit aidée du courant galvanique ou de la galvanocaustique chimique, m'a permis presque toujours de rétablir la perméabilité de la trompe et partant de guérir ou de soulager dans la mesure du possible des malheureux voués au désespoir qui les conduits aux grandes interventions chirurgicales qui, dans l'espèce, d'après une expérience de 11 cas, n'augmentent pas le résultat donné par l'emploi méthodique de la bougie.

Je dis l'emploi méthodique de la bougie pour ne pas me servir du mot barbare de bouginage que je voudrais voir disparaître de notre littérature médicale.

REVUE DE LA PRESSE

De la syphilis secondaire du larynx (Leçon de M. le professeur FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis). — La syphilis secondaire du larynx est assez rare, mais il faut ajouter que dans bon nombre de cas elle échappe aux statistiques parce qu'elle reste ignorée, alors que, siégeant sur des régions du larynx non es-

sentielles à la phonation, elle ne se révèle par aucun trouble de la voix.

Il est des cas où les lésions se produisent sans cause adjuvante, sous la seule influence de l'infection, mais il est plus fréquent de les voir entrer en scène par le fait d'une provocation locale. Trois facteurs sont importants à citer : l'usage immodéré du tabac ou même le séjour dans les endroits où l'on fume, l'abus de l'alcool, le surmenage du larynx par la parole ou le chant.

La plus fréquente des lésions est une lésion congestive qui n'a son analogie sur aucune muqueuse, c'est *l'érythème laryngé*. Elle consiste en ceci : une rougeur en nappe, intense de teinte, étendue à une portion variable des parties supérieures du larynx, surtout remarquable sur le bord libre et la face postérieure de l'épiglotte, sur les cordes vocales supérieures et sur les éminences aryténoïdes. C'est une rougeur étalée en nappe uniforme, sans petites taches séparées. De plus, c'est une rougeur sans injection vasculaire manifeste, sans arborisations, du moins dans la plupart des cas.

Elle est, naturellement, beaucoup plus fréquente sur les cordes vocales que n'importe où ailleurs et cela parce qu'elle en modifie absolument la physionomie usuelle, en les transformant en bandelettes rosées ou même rouges, d'aspect mat. Lésion bénigne, cet érythème laryngé ne se traduit que par un seul trouble fonctionnel consistant en un degré variable de raucité de la voix. Il ne s'accompagne d'aucune douleur.

Moins nombreuses sont les déterminations secondaires sur la muqueuse laryngée, apparaissant à la façon de syphilides lenticulaires, lésions isolées, circonscrites, disséminées. Elles constituent ce qu'on peut appeler les *plaques muqueuses* du larynx. En général, elles coïncident avec l'érythème, qui prélude. Tantôt ce sont de simples taches hypérémiques de petite étendue, constituant la roséole du larynx. Tantôt les plaques reproduisent le type usuel des syphilides érosives, sous la forme de petites ulcérations lenticulaires, plates, rondes ou ovalaires, rougeâtres et surtout entourées d'un liséré purpurin qui leur donne un aspect analogue à celui des plaques muqueuses de la bouche.

Les deux ordres de manifestations qui précèdent composent ce qu'on pourrait appeler les formes bénignes de la syphilis secondaire laryngée, et ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Au contraire, les deux autres qui suivent comportent plus d'importance et parfois même de gravité. Heureusement ils sont rares.

Le premier est constitué par une lésion *en nappe*, diffuse ou même généralisée, caractérisée par un double état d'érythème et d'infiltration de la muqueuse. On y observe parfois de petits bourgeonnements muqueux, dus sans doute à une exubérance localisée de l'hyperplasie générale. Elle provoque des troubles vocaux accusés, parfois même de l'aphonie, mais peu ou pas de douleurs. Cette forme de laryngite est bien autrement persistante que toutes celles dont on a parlé jusqu'ici. Elle demande toujours, même dans les cas les plus simples, un temps assez long pour se résoudre.

En dernier lieu, se placent les syphilis laryngées à *forme adhérente*. A l'examen laryngoscopique, on constate une ou plusieurs ulcérations de la muqueuse, généralement petites, lenticulaires, entamant superficiellement le derme : leurs bords sont accentués, leur fond est rougeâtre. Ces syphilides ulcératives peuvent siéger n'importe où sur le larynx. Leur grand danger vient de leur *localisation*. Situées au voisinage ou sur la surface des cordes, elles déterminent de l'enrouement ou une raucité plus ou moins accentuée de la voix, pour aboutir à l'aphonie. Mais elles sont surtout redoutables par les complications œdémateuses qu'elles peuvent déterminer au voisinage de l'orifice glottique, d'où l'œdème de la glotte, le chémosis sus et sous-glottique. Ces complications peuvent survenir subitement et de la manière la plus inattendue; elles peuvent nécessiter d'urgence la trachéotomie.

Rien à dire du traitement interne qui sera celui de la syphilis secondaire, si ce n'est que, pour en obtenir un effet utile, il doit être tenu à un diapason assez élevé. Si même il se produit des accidents de nature à menacer la liberté de la respiration, l'*indication formelle* sera d'avoir immédiatement recours aux *injections de calomel*.

Une hygiène des plus sévères est de rigueur dans tous les cas.

Le traitement local consiste surtout en attouchements de la muqueuse avec divers topiques modificateurs ou caustiques. Contre l'érythème, badigeonnages avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent à 1/10. Contre les syphilides circonscrites, cautérisations au nitrate d'argent solide ou à la solution de nitrate d'argent, avec ou sans badigeonnages préalables à la cocaïne.

Comme adjuvants utiles, mais de second ordre, on emploiera les gargarismes émollients, les pulvérisations chaudes, les bains de vapeur.

Enfin, lorsque des complications œdémateuses viennent mettre en péril la fonction respiratoire, il faut savoir ne pas reculer l'heure opportune de la trachéotomie. Attendre, c'est bien; mais attendre plus que de raison, tergiverser hors de propos et ne se résoudre à opérer qu'*in extremis*, c'est compromettre la vie du malade alors qu'une intervention plus hâtive aurait pu le sauver (*Rev. int. de méd. et de chir.* et *Cour. méd.*)

Gangrène des organes génitaux externes de l'homme, par MM. JEAN PETIT et PROSPER MERKLEN. — On peut classer en quatre groupes les différentes causes qui déterminent les gangrènes :

1° Gangrènes d'origine urinaire, consécutives aux lésions traumatiques et surtout pathologiques de l'urèthre;

2° Gangrènes d'origine génitale (inflammations banales, ulcérations vénériennes de toute nature, surtout le chancre mou, pénitis, etc.)

3° Gangrènes relevant d'une cause générale (diabète, albuminurie, maladies infectieuses, artériosclérose) ou d'un traumatisme.

4° Gangrènes foudroyantes spontanées, dues à un microorganisme qui pénétrerait, soit par la voie urétrale, soit par la voie cutanée.

Le tableau clinique et la marche de ces diverses gangrènes varient avec leurs causes. On doit prendre comme exemple de gangrène urinaire le phlegmon urineux qui complique le rétrécissement de l'urèthre.

Devant un malade atteint de gangrène des organes génitaux externes, le point important consistera à rechercher l'origine de façon à établir le pronostic et à instituer le traitement.

S'agit-il de la gangrène qui accompagne le phlegmon urineux, on l'aborde le plus tôt possible par le thermocautère, et l'on attend que le foyer sphacélique soit évacué et détergé pour rétablir le cours normal de l'urine par l'uréthrotomie interne.

En cas de gangrène d'origine génitale, on supprime, s'il est besoin, les obstacles mécaniques qui gênent la circulation locale (phimosis, paraphimosis) ; on fait de larges débridements sur les parties latérales du pénis si la gangrène dépasse le prépuce et l'on pratique l'antisepsie locale par tous les moyens ordinaires.

La même conduite est suivie par Fournier dans le cas de gangrène foudroyante spontanée. Il donne des bains à température douce prolongée pendant deux ou trois heures, et recourt à de grandes et profondes incisions sur les parties malades.

Dans toutes ces variétés de gangrène, on n'oubliera pas de relever l'état général du malade et l'on s'inspirera particulièrement des indications thérapeutiques tirées de la fièvre et de l'adynamie.

Lorsque les phénomènes aigus sont terminés, la réparation se fait en général facilement, grâce à l'élasticité de la peau du scrotum. Ce n'est que si les délabrements sont trop étendus que l'on s'adresse à des procédés autoplastiques.

(*Gaz. des hôp.* et *Cour. méd.*)

V^e^ CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

LILLE 1899

(*Suite*) (1).

Lithiase rénale chez les enfants. — M. Comby (de Paris). Parrot et quelques autres auteurs ont montré qu'il pouvait se déposer, peu après la naissance, dans le rein des enfants, de la poussière uratique, sous forme de stries jaunâtres dans les pyramides. Plus l'enfant est jeune, plus fréquents sont les dépôts uratiques.

Cette lithiase chez le jeune enfant n'est ni d'origine arthritique, ni héréditaire ; elle est acquise, et acquise du fait de la mauvaise alimentation, d'une hygiène défectueuse, de la misère physiologique. Le sevrage precoce, l'athrepsie, les affections gastro-intestinales sont autant de causes d'appel. Des infarctus uriques se déposent tantôt en stries jaunâtres, en éventail, sur la coupe des pyramides : c'est là le premier degré et souvent le dernier; tantôt, au contraire, cette poussière uratique, au lieu de disparaître, persiste; les cristaux s'agglomèrent dans le rein pour former des graviers et des calculs lenticulaires durs.

Les sables, les graviers, s'écrasent facilement, les calculs sont indestructibles. Quelquefois ces calculs peuvent devenir le centre d'autres pierres vésicales. Je n'ai noté que dans des cas exceptionnels de l'hydronéphrose ou des lésions inflammatoires du côté des calices et du bassinet (pyélite, hydronéphrose).

La symptomatologie de la lithiase rénale chez l'enfant se réduit à peu de choses. Souvent l'examen des langes de l'enfant permettra de constater la présence de fines poussières uratiques, les cris de l'enfant pourront éveiller l'attention, les convulsions dans quelques cas pourront être sous la dépendance de la lithiase.

Les complications sont rares, mais peuvent se manifester par de la rétention d'urine, de la dyspnée, de la pyonéphrose.

Si la lithiase rénale chez les enfants est pauvre en symptômes, le pronostic lointain doit être réservé ; le traitement de choix est la substitution de l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel, ou du lait stérilisé, ou lait bouilli ; chez les enfants sevrés, il suffira souvent, pour faire disparaître les accidents, d'instituer le traitement lacté absolu.

Traitement du goître exophtalmique par les injections d'éther iodoformé dans le parenchyme du corps thyroïde. — M. Pitres (de Bordeaux). On est en droit, devant les insuccès de la chirurgie, de proposer une thérapeutique nouvelle pour le goître exophtalmique.

La plupart des accidents qui relèvent du goître exophtalmique sont imputables à des troubles de la sécrétion de la glande thyroïde.

Dans le but de modifier cette sécrétion, j'ai eu recours à des injections d'éther iodoformé de un centimètre cube en plein goître. Ces injections ne doivent être répétées que tous les huit jours environ. L'injection est souvent suivie d'une douleur assez vive, mais variable avec chaque sujet.

Les résultats que j'ai obtenus ont été très satisfaisants, même dans les cas où la maladie était très accusée et où il s'était établi déjà une cachexie thyroïdienne. L'énervement cesse peu de temps après, le sommeil revient, l'exophtalmie elle-même disparaît peu à peu.

Pendant longtemps les malades peuvent conserver une certaine hyperexcitabilité du cœur, bien qu'ils n'aient plus la sensation de leurs palpitations. L'amélioration est très sensible après la troisième ou la quatrième. Les injections doivent être continuées pendant quelques mois. J'ai ainsi soigné douze malades, et j'ai obtenu six cas de guérison à peu près complète, datant déjà de deux ans.

J'ai aussi fait plus de vingt injections d'éther iodoformé dans la glande thyroïde, sans jamais avoir d'accident. Je signale un phénomène qui se produit parfois au cours de ces injections : une sorte de bouillonnement dans la glande apparaît aussitôt après l'inoculation, mais pour ne durer que quelques instants.

(1) V. *France Médicale*, n° 32, p. 402, n° 33, p. 516.

De la valeur séméiologique de l'encoche de Sibson. — M. CASSAET (Bordeaux). On considère l'encoche de Sibson comme pathognomonique de la présence d'une certaine quantité de liquide dans le péricarde. Il n'en est rien. Une malade, au cours d'une ascite ponctionnée plusieurs fois, fut atteinte de pleurésie gauche avec congestion pulmonaire double. Au cours de cette pleurésie, qui nécessita plusieurs ponctions, je constatai « l'encoche de Sibson ». Croyant à l'existence d'un épanchement péricardique, et voyant la dyspnée augmenter, je fis deux ponctions du péricarde qui restèrent entièrement blanches. Une thoracentèse fit disparaître les accidents et la rapidité de l'évolution de la maladie montra que le péricarde n'était pas intéressé.

On peut rattacher, dans ce cas, la forme spéciale de matité au double chevauchement en sens inverse du cœur dilaté et du poumon gauche, dont le bord antérieur, seul indemne, s'était considérablement développé par compensation et s'était porté vers la ligne médiane. L'encoche de Sibson n'est donc pas pathognomonique de la péricardite.

Néphrites associées au paludisme dans l'enfance. — M. MONCORVO (de Rio-de-Janeiro). J'ai observé, chez de jeunes enfants atteints de paludisme, onze cas de néphrite aiguë apparaissant au début de la malaria ou dans le cours de l'évolution paludéenne. La néphrite aiguë palustre peut s'accompagner d'anasarque, d'anurie, avec albuminurie et présence de cylindres hyalins. Il est possible que l'action du microorganisme de Laveran sur les reins soit purement et simplement une action locale, imputable tantôt à la présence du protozoaire dans les vaisseaux glomérulaires, tantôt à son contact avec les éléments cellulaires. Il est possible aussi que cette action s'exerce par l'intermédiaire du sang dont les altérations ne sont point douteuses. L'évolution de cette néphrite est toujours de courte durée et les suites en sont généralement favorables.

Rétrécissement mitral pur et cure d'air. — M. SURMONT (de Lille). On sait que le rétrécissement mitral pur est longtemps compatible avec l'existence, à condition que l'on ait soin de ne réclamer à l'organe en état de méiopragie qu'un travail compatible avec ses forces, et d'éviter soigneusement le surmenage ou simplement la fatigue des appareils digestifs, nerveux, musculaire, génital. Mais quand le rétrécissement mitral pur est accompagné de pseudo-asthmes, de bronchites à répétition, de congestions pulmonaires, il faut avoir recours à la cure d'air.

Celle-ci se borne à l'aération permanente de jour et de nuit. Sous l'influence de cette pratique, on voit rapidement s'amender les accidents broncho-pulmonaires et les accès pseudo-arthritiques. L'état du cœur s'améliore parallèlement à la disparition des accidents pulmonaires.

Hémorrhagies scrotales et gastro-intestinales chez un nouveau-né. — MM. AUSSET et DERODE (de Lille) ont observé chez un tout jeune enfant de un mois une excoriation insignifiante du scrotum, qui fut rapidement suivie d'une hémorrhagie incoercible à ce niveau. Bientôt après survinrent des hématémèses nombreuses et du melœna. L'enfant succomba après quelques jours. Il s'agissait vraisemblablement d'un cas d'hérédo-syphilis, et l'endo-périartérite généralisée semble avoir joué le plus grand rôle dans le développement de ces lésions hémorragiques.

Etude clinique des troubles digestifs dans l'artério-sclérose. — M. BLIND (de Paris). Tandis que les cardiopathies vasculaires affectent le type hypopeptique, il n'en est pas de même dans les cardiopathies artérielles. Je diviserai, avec M. Huchard, l'évolution de l'artério-sclérose en quatre périodes. Dans la première, celle du spasme artério-capillaire, on n'a pas pu démontrer jusqu'ici le spasme des vaisseaux de l'estomac. Dans la deuxième période, celle de l'hypertension artérielle, on constate, au début de la digestion, des bouffées de chaleur, s'accompagnant de lourdeur de la tête, de tendance au sommeil, parfois de vomissements et de pyrosis ; à l'analyse du suc gastrique, on trouve de l'hyperchlorhydrie. La souffrance de l'estomac se traduit par une élévation réflexe de la circulation pulmonaire ; le cœur, qui lutte déjà contre l'hypertension dans la grande circulation, se trouve ainsi pris entre deux hypertensions ; il en résulte d'abord de la tachycardie, puis de l'arythmie, enfin, de la dilatation, dilatation qui n'obéira pas à la digitale, mais au régime.

Dans la période de la sclérose artérielle, il convient d'accorder une attention spéciale aux phénomènes douloureux de la région sterno-épigastrique, douleurs qui peuvent dépendre de l'estomac, mais aussi et souvent d'aortite, de périaortite, de coronarite : il faut faire le diagnostic avec beaucoup d'attention pour ne pas passer à côté d'accès d'angine de poitrine légers en les considérant comme gastralgies.

Dans la période des scléroses viscérales avec insuffisance des organes sclérosés, l'artério-scléreux se rapproche de l'asystolique valvulaire comme type de chimisme gastrique. Il est un mitro artériel, avec un estomac hypopeptique ou apeptique. L'artério-sclérose de l'estomac même est représenté par le *linitis plastique* ou inflammation cirrhotique de l'estomac.

Erysipèle de la face à répétition. — M. LAVRAND (de Lille) a constaté que les érysipèles spontanés de la face à répétition prennent naissance habituellement soit au niveau des fosses nasales, soit au niveau des points lacrymaux. De là l'idée très naturelle d'explorer les fosses nasales et, en l'absence de lésions appréciables de ces cavités, de pratiquer l'examen du cavum pharingé.

M. Lavrand a trouvé soit dans les fosses nasales, soit plutôt dans le cavum, des altérations de la muqueuse permettant de localiser là le point de départ fréquent des érysipèles dits de la face. Le traitement semble donner raison : la suppression du tissu adénoïde du cavum pharyngé, se présentant soit sous forme de tumeurs adénoïdes ou seulement sous formes de granulations, suffit à entraver l'éclosion de nouveaux érysipèles.

Le tubage dans la clientèle privée, sans surveillance permanente. — M. CASTELAIN (de Lille). On sait que quelques médecins sont peu partisans du tubage fait sans laisser un aide à demeure près du patient. Or, parmi les nombreux tubages que j'ai faits soit en ville, soit à l'hôpital, je n'ai jamais eu d'obstruction du tube, ni de rejet brusque. Je me rallie à l'emploi du tubage, sans surveillance permanente, parce que quel que soit le danger, il est toujonrs moins grand que celui de la trachéotomie. Je laisse toujours le fil, le détubage est toujours difficile avec le tube long.

Recherches hématologiques dans quelques maladies du système nerveux. — MM. SICARD et GUILLAIN. Au

cours de recherches hématologiques poursuivies dans le service de M. le prof. Raymond, chez un certain nombre de malades atteints d'affections nerveuses diverses, nous avons été amenés aux résultats suivants. Chez les hémiplégiques, il existe une hyperglobulie constante, parfois accompagnée d'hyperleucocytose du côté hémiplégié. Dans le sang de ces malades on peut encore constater des granulations, distinctes de celles des hématoblastes, granulations abondantes, se formant en amas, peut-être en rapport avec la destruction des globules blancs, peut-être aussi sous la dépendance de troubles pigmentaires ou vaso-moteurs chroniques. Ces granulations sont sans doute à rapprocher des *hémoconies* signalées récemment par Müller, par Ehrlich et Lazarus, dans la maladie d'Addison.

Chez les syringomyéliques, nous avons pu constater l'absence de toute leucocytose à polynucléaires neutrophiles ou éosinophiles, fait qui a son importance pour le diagnostic différentiel avec la lèpre, maladie éosinophilique. Chez certains malades, atteints de spondylose rhyzomélique de Marie, de sclérose en plaques ou de paralysie générale, nous avons mis en évidence une leucocytose à polynucléaires neutrophiles ; il en était de même, mais à un taux beaucoup plus élevé, chez une malade atteinte de tumeur cérébrale, tumeur que l'autopsie révéla de nature purulente. Ces quelques considérations nous montrent l'intérêt qui peut s'attacher à l'étude hématologique dans les affections du système nerveux.

Infiltration calcaire de la peau. Lésions des glandes sudoripares. Périnévrite. — M. Léon Derville (Lille). Les tumeurs calcaires de la peau se divisent en deux grandes classes : les ostéomes vrais et les infiltrations calcaires. L'origine de ces dernières est très discutée. On les a rattachées à l'infiltration calcaire de foyers inflammatoires, d'exsudats concrétés. Malherbe les a vues se produire au sein d'épithéliomas kystiques sébacés et Lewinski a cru devoir ranger son cas dans les lymphangiomes circonscrits.

Dans un fait, Unna a signalé des lésions régressives des glandes sudoripares. Telle était aussi l'altération dominante chez un des malades de M. Derville.

Il s'agit d'un tisserand de 39 ans dont la santé générale était très altérée et qui présentait de larges plaques calcaires dans les deux fesses et aussi au niveau de la joue gauche. D'autres plaques plus petites siégeaient au voisinage des premières.

La biopsie permit de reconnaître que l'infiltration calcaire siégeait surtout dans l'épiderme. Les lésions étaient localisées à leur maximum au voisinage des glandes sudoripares. Elles consistaient en une distension des tubes glandulaires, et un écartement des éléments du peloton glomérulaire avec nécrose et épidermisation des cellules glandulaires. De ces pelotons, la lésion avait diffusé dans le tissu cellulaire voisin et l'avait progressivement envahi. Les nerfs, surtout dans l'hypoderme, mais un peu dans le derme, présentaient des traces de périnévrite.

Disproportion entre la fréquence des empyèmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre. — M. Lichtwitz (Bordeaux). Il n'existe presque rien sur la proportion des cas de ces empyèmes sur le vivant ; à peine une courte note de Chiari rapportée par Fein et qui a trait à 2.280 malades.

Son expérience personnelle permet à M. Lichtwitz d'ajouter à cette note le résultat de sa statistique basée sur 12.000 malades.

De ces deux statistiques, il résulte que pendant la vie les suppurations des sinus se rencontrent dans environ 2 p. 100 des cas. Par contre, les résultats obtenus sur le cadavre donnent un chiffre beaucoup plus élevé. En effet, Harke, dans 400 autopsies, a trouvé 116 sinusites (29 p. 100), H. Frankel, dans 146 cas, a constaté 63 (43,15 p. 100) lésions diverses des sinus ; Lapalle, dans ses 169 nécropsies, a noté 55 sinusites (32,54 p. 100), et Kicer, sur 200 cas, arrive à un pourcentage de 29,5 p. 100.

Cette disproportion de fréquence tient surtout aux causes suivantes : les empyèmes aigus, notamment ceux qui surviennent dans le cours d'une pyrexie quelconque (scarlatine, rougeole, diphtérie, influenza, etc.), passent inaperçus au milieu des symptômes généraux, tandis qu'à l'autopsie ils sont décelés. Dans les formes chroniques la latence des symptômes qui, le plus souvent, ne se traduisent que par une hypersécrétion nasale ou rétro-nasale, n'attire point l'attention du malade. Si nous ajoutons enfin la difficulté du diagnostic pour les suppurations des sinus frontaux et sphénoïdaux qui ne sont pas aussi facilement accessibles au lavage explorateur que le sinus maxillaire, nous ne nous étonnerons plus de cette proportion qui paraît surprenante au premier abord.

Le délire dans les maladies aiguës. — M. M. Faure. Nous allons essayer de classer les différents accidents mentaux décrits sous le nom de délire, au cours des maladies aiguës.

1° On observe, le plus souvent, ce trouble mental que l'on peut dénommer délire de rêve, rêvasserie, délire onirique. Dans les cas légers il est semblable au cauchemar ; à un stade plus avancé le malade a véritablement deux existences, l'une imaginaire, l'autre réelle ; enfin, au degré le plus accentué, le malade ne sort plus de son rêve et y fait entrer les événements et les personnes réelles. Il existe dans cet état des hallucinations visuelles ;

2° Le second accident est l'affaiblissement mental caractérisé par la diminution de la mémoire, de l'intelligence et de l'émotivité.

3° Enfin l'on peut observer des idées fixes qui, bien que généralement peu stables, peuvent être assez nombreuses et assez analogues pour donner au délire une physionomie systématique généralement mélancolique.

Le nombre des altérations macroscopiques et microscopiques du cerveau rencontrées dans les cas de délire est trop grand pour qu'on puisse admettre qu'il existe une altération caractéristique.

Dans les cas que nous avons observés et qui sont l'occasion de cette communication, nous n'avons rencontré, en étudiant l'écorce cérébrale par la méthode de Nisl, que des altérations cellulaires ou interstitielles banales.

Nous ferons cependant une exception pour l'altération suivante : dans quelques cas les cellules pyramidales avaient pris la forme globulaire, leur noyau était rejeté à la périphérie et le centre de la cellule était éclairci. Cette altération, que nous considérons comme élective, a été signalée par M. Gilbert Ballet et nous dans la confusion mentale.

Dans nos observations de délirants au cours des maladies aiguës, cette altération était beaucoup trop rare pour mériter d'être signalée si nous n'avions pas vu là une rai-

son de rapprocher anatomiquement le délire des maladies aiguës et la confusion mentale qui sont déjà si voisins par leur séméiologie et leur pathogénie.

Nous admettons donc qu'il existe entre le délire et la confusion mentale une différence suffisante pour justifier leur séparation en deux espèces nosographiques distinctes, mais que cette différence est de degré et non pas de nature.

Les faux témoignages suggérés. — M. JOIRE (Lille). Les faux témoignagnes suggérés peuvent se rattacher à trois types différents.

Le premier cas a trait aux suggestions volontaires. Il se présentera quand un individu fera, à une personne hynoptisée, la suggestion de donner ultérieurement un témoignage destiné à dérouter la justice.

Ce cas, s'il se présente jamais, sera forcément très rare, car il faudra d'abord un homme connaissant à fond l'hypnotisme et habile à manier la suggestion, et en second lieu un sujet tellement sensible qu'il puisse être placé rapidement et sans en avoir conscience dans un état de somnambulisme profond.

Si ce cas se présentait, les médecins qui connaissent bien l'hypnotisme sont suffisamment armés dans l'état actuel de la science pour reconnaître l'inconscience du sujet et même, le plus souvent, pour retrouver le coupable.

La seconde catégorie de faux témoignages suggérés se rapporte aux cas d'auto-suggestion. Il n'y a donc ici qu'une seule personne en cause ; la suggestion, qui prend sa source dans une cause antérieure quelconque, est faite et reçue à la fois par le même sujet.

Ici les cas sont nombreux, on les rencontre surtout dans les auto-suggestions que se font les hystériques.

Le troisième type, le plus important et celui sur lequel l'auteur de la communication veut surtout attirer l'attention parce qu'il est trop peu connu, est celui dans lequel un faux témoignage est suggéré d'une manière involontaire et même inconsciente.

On sait déjà combien les enfants sont disposés à reconnaître comme vrai un fait qui leur est simplement affirmé par une personne qui leur en impose. Mais ce qu'on ignore trop c'est que beaucoup d'adultes, ne présentant dans la vie commune aucune particularité capable de les faire remarquer, sont susceptibles de se laisser suggestionner au point de croire absolument vraie une chose qui leur est involontairement suggérée sous la forme d'un simple interrogatoire. C'est ainsi qu'un homme placé dans les conditions d'un simple interrogatoire qui pourrait être fait par un juge d'instruction ou par un commissaire de police, n'hésita pas à témoigner par écrit qu'il avait été présent à la perpétration de crimes absolument fictifs. Bien plus il reconnut le criminel dans des portraits qui lui furent présentés.

La conclusion de ces intéressantes expériences est la nécessité d'appeler l'attention de la justice et des avocats sur la possibilité de ces faux témoignages. En cas de doute les avocats ne devront pas hésiter à réclamer l'examen mental des témoins, par un médecin compétent, au point de vue spécial de la possibilité d'une suggestion.

L'analgésie du cubital dans l'épilepsie.—MM. LANNOIS et H. CARRIER. L'analgésie du cubital ou signe de Biernacki a une certaine valeur diagnostique, notamment dans la paralysie générale, bien qu'elle n'ait pas toute l'importance qui lui avait été attribuée par Cramer, Hildenberg, Gœbel, Hess, etc.

Elle a été également étudiée chez les épileptiques et certains auteurs ont pu dire qu'elle était chez eux aussi fréquente que dans la paralysie générale.

Nous l'avons recherchée sur 130 épileptiques non aliénés, dont 50 hommes et 80 femmes et, sur les 260 nerfs examinés, nous avons trouvé la sensibilité normale dans 56,5 0/0, la sensibilité obtuse ou diminuée dans 25,4 0/0 et l'analgésie dans 20 0/0 des cas.

Le signe de Biernacki n'a donc pas dans l'épilepsie la valeur d'un stigmate et ne peut être très utile pour le diagnostic.

L'analgésie du cubital chez les épileptiques est, dans la majorité des cas, un phénomène transitoire qui succède aux crises comitiales et dépend de l'épuisement nerveux consécutif ; elle doit être assimilée aux autres désordres sensitifs post-épileptiques.

Diagnostic de la tuberculose humaine par la tuberculine à très faibles doses. — MM. GRASSET ET VEDEL (Montpellier). Le 25 février 1896, nous communiquions à l'Académie de médecine les résultats que nous avions obtenus avec de faibles doses de tuberculine pour le diagnostic précoce de la tuberculose humaine.

Cette étude confirmait les résultats obtenus par M. Hutinel dans le diagnostic des tuberculoses infantiles.

Depuis lors, nous n'avons à signaler, en France, que les travaux de Landouzy, Combemale et Raviart.

Convaincus de l'innocuité, de la valeur et de l'importance diagnostique de l'épreuve de la tuberculine, nous avons continué nos recherches et apportons 28 faits nouveaux qui confirment et précisent nos premières conclusions.

La tuberculine dont nous nous sommes servis nous a été fournie par le Dr Borrel, de l'Institut Pasteur, sous la forme de tuberculine précipitée : 50 milligr., dissous dans 5 cc. d'eau et glycérine à parties égales.

Cette tuberculine tuait le cobaye tuberculeux de un mois à un mois et demi, à la dose de 4 milligrammes.

Nous avons employé cette tuberculine à la dose de 1 à 2, rarement 3 décimilligrammes, tandis que nos premières recherches avaient été faites avec des doses de 2 et 3 à 5 décimilligrammes de tuberculine brute.

Il importe que le laboratoire qui fournira une tuberculine aux cliniciens la définisse d'une façon rigoureuse : bien des inconvénients seront évités de ce fait.

Pas plus dans cette nouvelle série que dans la première nous n'avons jamais eu d'accidents.

Au niveau du point piqué, on observe parfois une douleur assez vive, un peu de rougeur et de tension locale, mais tout cela disparaît vite par le simple repos au lit.

Au niveau des lésions tuberculeuses, nous n'avons pas constaté de modifications sensibles dans les phénomènes d'auscultation ; sur un lupus de la face nous avons observé un mouvement congestif passager avec 2 décimilligrammes.

On peut poser en principe qu'on peut demander à la tuberculine l'épreuve diagnostique sans provoquer, chez le malade, d'autre effet important que la réaction thermique ; il suffit, pour cela, d'employer des doses suffisamment faibles.

Les phénomènes généraux consistent en douleurs de

tête, anorexie, insomnie, courbature musculaire, et peuvent s'observer en dehors de toute réaction thermique. Ils sont passagers et non constants.

La réaction thermique ne peut être comptée comme ayant une valeur diagnostique que si elle dépasse 1°.

Suivant que l'injection de tuberculine a été suivie ou non de réaction thermique, nous avons envisagé deux séries de faits :

A. — *Epreuves de la tuberculine négatives*, 14 *cas*.

a) L'absence de tuberculose est entièrement démontrée dans six cas, preuve que la réaction n'est pas commune et banale (évolutions suivies) :

1° Bronchite chronique et emphysème.

2° Epilepsie sans signes thoraciques.

3° Cardiopathie mitro-artérielle, cirrhose hépatique, ascite.

4° Abcès post-dothiénentérique du foie avec pleurésie droite. Pas de réaction à 3 décimilligrammes. Nous éliminons la tuberculose, intervention chirurgicale : pus stérile, inoculation au cobaye négative, guérison complète et rapide du malade.

5° Carcinose péritonéale. Le diagnostic est d'abord celui de tuberculose péritonéale (gâteau dans le flanc gauche, diarrhée et constipation, lésion pleurale aux bases). Epreuve négative à 3 décimilligrammes, le diagnostic devient hésitant. Laparotomie (M. Forgue) : Cancer du péritoine. Autopsie et examen histologique (M. Bosc) : sarcome.

6° Sarcome du rein. Diagnostic hésitant entre tuberculose et cancer. Pas de réaction à 2 décimilligrammos : nous écartons la tuberculose. Nephrectomie acceptée trois mois plus tard : volumineux sarcome.

Ces six malades ne devaient pas réagir et n'ont pas réagi.

b) 7° et 8° Deux cas de syphilis positive (un secondaire, l'autre tertiaire); pas de réactions à 2 et 3 décimilligrammes.

Malgré le petit nombre des faits, il est important de rapprocher cette absence de réaction des réactions positives obtenues autrefois dans la syphilis (comme dans la lèpre, l'actinomycose) avec des doses beaucoup plus fortes.

c) 9°, 10°, 11° Trois cas de phtisie pulmonaire à réaction négative. Ces cas très avancés confirment notre conclusion de 1896, à savoir que l'épreuve de la tuberculine se montre négative non seulement chez les non tuberculeux, mais encore chez les trop tuberculeux (accoutumance).

D'où la règle de ne pas tenter l'épreuve quand la tuberculose est démontrée, notamment par la présence de bacilles dans les crachats.

La tuberculine doit rester le réactif électif des tuberculoses commençantes, fermées, cachées.

d) 12°, 13°, 14° Enfin dans trois autres cas (pleurésie, bronchite), où la réaction a été négative, les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour que notre diagnostic de non tuberculose ait pu être vérifié ou infirmé.

B. — *Epreuves de la tuberculine positives* : 14 *cas*.

a) Sur ces 14 cas positifs nous en trouvons d'abord quatre ayant réagi à un ou deux décimilligrammes et dans lesquels la tuberculose a été ultérieurement démontrée.

15° Pyopneumothorax non tuberculeux (suivi pendant deux ans), réaction à un décimilligramme. Evolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire.

16° A la suite de fièvre typhoïde avec séro-diagnostic positif, poussée au sommet droit sans bacilles dans les crachats. Réaction à un décimilligramme. Un an après, tuberculose pulmonaire confirmée, tumeur blanche du genou, amputation de cuisse. Démonstration anatomique.

17° Pleurésie interlobaire suppurée. Réaction à 2 décimilligrammes. Autopsie ultérieure : tubercules caséo-fibreux. La pleurésie avait évolué chez un tuberculeux.

18° Lupus de la face (association d'épithélioma pavimenteux lobulé et de tuberculose cutanée observée par M. Bosc). Réaction générale et locale à 2 décimilligrammes.

b) 19° et 20° Deux faits de tuberculose pulmonaire confirmée encore ultérieurement, mais avec réaction positive esquissée à un demi-décimilligramme.

c) Quatre cas de réaction positive pour lesquels la tuberculose est très probable sans être absolument démontrée.

21° Pleurésie sérofibrineuse : tableau ultérieur de tuberculose.

22°, 23° Induration du sommet. Amaigrissement.

24° Anémie, amaigrissement, hérédité tuberculeuse, quelques signes au sommet.

d) Enfin trois faits de réaction positive dans lesquels le diagnostic ultérieur reste hésitant.

25° Pleurésie interlobaire.

26° Chloro-anémie.

27° Bronchite.

A propos de ce groupe on pourrait soulever l'hypothèse de tuberculose guérie, mais il convient d'attendre, le diagnostic restant encore douteux.

C. — *Epreuve de la tuberculine douteuse*, 1 *cas*.

28° Il s'agit d'un cas d'induration du sommet de nature très probablement tuberculeuse, qui n'a présenté qu'une réaction trop faible à 1 décimilligramme.

La dose de 1 décimilligramme peut n'être pas suffisante.

En conclusion :

1. L'épreuve de la tuberculine doit être réservée aux cas suspects ou douteux pour lesquels la clinique et le laboratoire ne fournissent pas de signes de certitude nosologique.

2. Les faibles doses, les seules qu'il faut employer, ne donnent rien dans les tuberculoses avancées.

3. Le sujet à éprouver doit être apyrétique, mis au repos, et la température doit être relevée toutes les trois ou quatre heures.

4. La solution aqueuse de tuberculine, dosée à 1 décimilligramme par centimètre cube, sera préparée aseptiquement, employée fraîchement et doit être d'une limpidité parfaite.

5. L'élévation thermique observée doit dépasser nettement 1° pour être considérée comme positive et démonstrative, le maximum atteint ordinairement 1° 5 à 2° jusqu'à 3°.

6. On commencera par la dose de 1 décimilligramme pour recommencer à 2 décimilligrammes si les premiers résultats sont nuls ou incertains.

Ces doses calculées sur un poids connu de tuberculine

précipitée ne peuvent être opposées à nos doses de 1896 : 3 à 5 décimilligrammes calculés sur une tuberculine brute.

D'où nécessité, dans chaque travail de contrôle, de bien définir la tuberculine employée.

7. D'une façon générale, la réaction thermique commence de douze à vingt-quatre heures après l'injection et dure douze à quarante-huit heures, le maximum étant compris entre vingt et trente heures.

Il est dès lors préférable de faire l'injection le soir, vers cinq heures, afin de pouvoir mieux suivre la réaction le lendemain.

On peut observer aussi des réactions plus tardives.

8. Les injections de tuberculine faites suivant les règles énoncées constituent un moyen inoffensif et très important de diagnostic précoce de la tuberculose humaine.

Etude sur la nutrition dans la tuberculose et sur l'influence des sérums médicamenteux. — M. BERLIOZ (Grenoble). Toutes les tentatives thérapeutiques ayant pour objet la destruction du bacille tuberculeux dans l'organisme ont échoué ; par contre, les moyens qui ont pour effet de soutenir l'organisme, d'accroître ses défenses naturelles, ont seuls donné de bons résultats. La suraération et la suralimentation en fournissent des preuves chaque jour.

Ces faits prouvent l'importance qu'il faut attacher à la connaissance du terrain tuberculeux, afin de le modifier dans un sens contraire à celui de la maladie.

Le terrain tuberculeux a été peu étudié et est mal connu. C'est dans le but d'éclaircir cette question que j'ai fait de nombreuses analyses d'urines et ai colligé les observations ayant trait à ce sujet.

De l'analyse de toutes ces observations je tire les conclusions suivantes :

Les matériaux solides de l'urine subissent une légère diminution dans la tuberculose pulmonaire. Cette diminution n'est vraiment sensible qu'à la troisième période.

L'urée est diminuée dans 68 0/0 des cas. La diminution est peu sensible à la première période ; assez marquée à la seconde (21 gr. au lieu de 30 gr.) ; plus marquée à la troisième (18 gr.).

Les chlorures varient peu.

Les phosphates diminuent légèrement.

Le coefficient azoté (rapport de l'urée aux matériaux solides) est abaissé, surtout à la seconde période (39 0/0 au lieu de 47 0/0).

Le coefficient d'oxydation est également abaissé, surtout à la première période (83 0/0 au lieu de 88 ou 94 0/0).

Tous ces faits tendent à démontrer une *nutrition ralentie*.

Influence des sérums médicamenteux

Nous rappelons que ces sérums, présentés l'an passé au Congrès de la tuberculose par nous, sont du sérum normal de bœuf, additionné d'extraits glycérinés de testicule, foie, rate, cerveau, poumons et de phosphite de gaïacol.

Les analyses d'urine des malades soumis au traitement donnent les conclusions suivantes :

Chez les malades dont le taux des matériaux solides et de l'urée est *supérieur* à la normale, ce taux est abaissé.

Chez les malades dont le taux est *inférieur* à la normal, il est relevé.

Chez ceux qui ont un taux à peu près normal, l'effet est presque nul.

Il s'ensuit que les sérums ont surtout pour effet de régulariser la nutrition.

Cette influence se traduit par l'augmentation de poids des malades, augmentation déjà signalée et parfois énorme.

L'amélioration réelle de l'état général a naturellement sa répercussion sur les lésions locales et les symptômes accessoires : expectoration, toux, sueurs, inappétence, perte de sommeil.

Climathérapie française La cure libre de la tuberculose pulmonaire. — M. LALESQUE (Bordeaux) communique sous ce titre des considérations et des observations qui tendent à démontrer que la cure libre de la tuberculose, en *clientèle privée*, se pratique dans nombre de stations françaises avec toutes les conditions de matériel, de surveillance et de prophylaxie désirables, les pratiques hygiéniques et les précautions indispensables étant beaucoup plus faciles à observer dans nos climats lumineux et doux, que dans les cieux de brume et de neige de la Haute-Engadine.

Pas besoin chez nous de calorifères, de fenêtres perforées, de sun-box à pivot roulant, etc. La fenêtre ouverte, le soleil, une chaise longue, un appareil d'abri, voilà tout ce que nous utilisons et ce qui nous suffit. Des augmentations rapides variant de 6 à 18 kilogrammes témoignent de l'efficacité de cette cure en liberté. En clientèle privée, la cure libre vaut la cure par le sanatorium.

De l'application du chloroforme sous différentes formes au traitement de la tuberculose. — M. DESPREZ (Saint-Quentin). Le bacille de Koch s'implante et se développe dans le poumon d'autant plus facilement que l'organisme est plus affaibli. Il y a donc, pour le traitement, obligation absolue de soigner l'hygiène et de réconforter l'organisme par une alimentation substantielle.

Ce mode de traitement suffit d'ordinaire pour prévenir le développement de la tuberculose ; mais, pour la guérison des personnes déjà atteintes de la tuberculose, le traitement général devra être doublé d'un traitement antibacillaire puissant et continu.

Ce traitement antibacillaire consiste dans l'emploi bien ordonné du chloroforme sous ses différentes formes et surtout sous forme d'inspirations méthodiques et très inoffensives.

Le poumon étant un organe essentiellement perméable à l'air, recevant une quinzaine de fois par minute une nouvelle inspiration d'air, on conçoit facilement que si l'air est additionné plusieurs fois par jour d'une quantité de vapeurs infinitésimales et antibacillaires de chloroforme, il devient un mode de traitement des plus puissants et des mieux tolérés.

Il est bien entendu que le chloroforme sera, en outre, employé en boissons, en pulvérisations à doses inoffensives, comme il a été indiqué dans mon mémoire de 1891, présenté au Congrès pour l'étude de la tuberculose.

La désinfection intermittente des appartements, pendant qu'ils sont inoccupés, au moyen de vapeurs d'aldéhyde formique et du formochlorol, constitue aussi un puissant moyen de guérison.

Intervention chirurgicale dans les adénies. — M. VAUVERTS (Lille). L'opinion générale est que le rôle de la chirurgie dans les adénies est nul, parce que la récidive est inévitable après l'intervention et que l'opération ex-

pose à la généralisation des lésions. Cette opinion est juste pour les cas où la leucémie accompagne la lymphadénie et où la lymphadénie est étendue à plusieurs organes. Il semble, au contraire, que, dans les cas où la lymphadénie est localisée à un organe, on puisse et on doive enlever la tumeur dans l'espoir qu'on débarrassera totalement l'organisme de cette lésion maligne. Si la récidive est la règle après l'ablation de la rate, des ganglions ou du testicule atteints de lymphadénome, il semble que la cause en soit dans l'ancienneté des lésions. Les faits rares, mais certains, de guérison ou de survie notable après cette opération, doivent pousser le chirurgien à intervenir d'une façon très précoce dans les cas de ce genre.

Essai sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du lymphadenome ganglionnaire. — MM. FERNAND BEZANÇON et MARCEL LABBÉ. Le terme de lymphadénome, employé dans son sens clinique, s'applique en réalité à trois variétés de lésions ganglionnaires : 1° adénie infectieuse ; 2° lymphome tuberculeux ; 3° lymphadénome proprement dit.

Les recherches actuelles ne sont pas suffisantes pour démontrer la nature infectieuse de cette dernière variété. La théorie infectieuse reste à l'état d'hypothèse. L'anatomie pathologique est encore aujourd'hui la seule base sérieuse sur laquelle on puisse faire reposer la spécificité du lymphadénome et établir une classification de ses diverses formes.

L'examen anatomo-pathologique permet de rejeter du groupe du lymphadénome le lymphome tuberculeux, qui n'est qu'une variété de tuberculose ganglionnaire hypertrophiante, et des adénies infectieuses, groupe disparate se rattachant aux adénites infectieuses.

Le lymphadénome reste, selon la définition de MM Cornil et Ranvier, « une tumeur constituée par un tissu adénoïde de nouvelle formation ».

Cette tumeur ne présente sous deux aspects différents selon que son tissu est formé des éléments normaux du tissu lymphoïde (lymphadénome typique) ou bien d'éléments anormaux dérivés du tissus lymphoïde (lymphadénome métatypique).

Dans les deux formes, l'hypergenèse du tissu aboutit à la disparition de l'architecture générale du ganglion.

Le lymphadénome typique est constitué par un réticulum non modifié, dans les mailles duquel on ne trouve que des variétés cellulaires du ganglion normal, les lymphocytes et les leucocytes mononucléaires,

C'est un tissu analogue qui constitue les lymphomes du foie et du rein développés dans les gaines péri-artérielles. C'est aussi ce même tissu qu'on retrouve dans la rate et dans la moelle des os.

Le lymphadénome métatypique est surtout caractérisé par l'apparition, dans les mailles du tissu réticulé modifié ou non, des cellules anormales ; cellules très volumineuses à noyau bourgeonnant ou à noyaux multiples rappelant les myéloplaxes et la moelle des os et de la rate de certains animaux ; cellules à noyau vésiculeux colossalement hypertrophié ; enfin, des cellules à protoplasma vacuolaire renfermant des débris cellulaires ou des noyaux.

Beaucoup de ces cellules sont en voie de division directe ou indirecte ; la karyokinèse y est souvent pervertie.

Toutes ces cellules se trouvent disséminées au milieu de cellules normales (lymphocytes et leucocytes mononucléaires), ce qui différencie le lymphadénome des tumeurs épithéliales ou sarcomateuses, dans lesquelles les cellules se trouvent groupées sous formes de boyaux ou de nappes continues.

Dans certains cas, l'évolution fibreuse du réticulum aboutit au cloisonnement de la tumeur par des bandes conjonctives qui peuvent dessiner une véritable lobulation.

Les lymphadénomes typiques et métatypiques sont susceptibles de se généraliser et de s'accompagner de leucémie ; mais l'on ne peut dire si l'une des formes prédispose plus que l'autre à ces complications.

Par ses caractères anatomiques, le lymphadénome se rapproche plutôt des tumeurs malignes que des adénites infectieuses.

Il diffère cependant des tumeurs malignes par son évolution spéciale. Tandis que, dans les cancers, l'extension de la tumeur se fait, soit par propagation directe, soit par embolie, dans le lymphadénome, la généralisation se fait presque simultanément à tous les points de l'organe lymphoïde nouvellement atteint.

La lymphadénie nous apparaît comme une aptitude spéciale de tout le tissu réticulé de l'organisme à s'hyperplasier et à devenir le siège d'une prolifération active.

A ce point de vue, elle mérite d'être rapprochée des cas de polyadénome gastrique généralisé, de tumeurs polykystiques multiples, d'endotheliome de la rate ou des os. Cependant l'hyperplasie n'aboutit pas, comme dans les tissus normaux, à la formation de cellules utiles ; elle est déviée de son type normal ; les leucocytes produits n'aboutissent pas à leur forme parfaite et n'acquièrent pas la propriété phagocytaire, comme le montre la facilité avec laquelle se produit l'infection secondaire des ganglions lymphadéniques, malgré la surproduction de leucocytes.

Si nous connaissons un des éléments qui prédisposent le terrain à l'éclosion du lymphadénome, à savoir l'irritation du territoire cutané ou muqueux auquel appartient le groupe ganglionnaire primitivement envahi, la cause primordiale du lymphadénome, comme celle du cancer, nous est totalement inconnue.

Les toxicomanes. — M. Paul SOLLIER (de Boulogne-sur-Seine). On peut distinguer chez les intoxiqués par la morphine, la cocaïne, l'éther, etc., et en général tous les médicaments euphoriques, une forme organopathique. Cet état psychopathique est lui-même primitif ou secondaire. C'est à la première forme qu'appartiennent les toxicomanes qui se distinguent des autres intoxiqués d'habitude par plusieurs caractères, intéressants au point de vue de l'accoutumance et du pronostic des intoxications. Le premier consiste dans l'indifférence presque complète dans le choix du toxique employé, et la facilité qu'ils ont à en changer.

La facilité remarquable à prendre rapidement de grosses doses de toxique et à en prendre l'habitude sans grands troubles physiques ou moraux, tel est le second caractère. Le troisième consiste surtout dans la manière impulsive dont ils s'intoxiquent, ce qui les rapproche de toutes les autres formes d'obsessions et d'impulsions, d'où leur nom de toxicomanes. Un quatrième caractère, c'est la tendance à faire immédiatement abus du toxique employé. Enfin le dernier, c'est de s'adresser aux toxiques les plus violents possible, qu'ils sont même amenés eux-mêmes à combattre par l'antidote, aimant mieux prendre deux toxiques contraires que de se priver d'un seul.

Ils se distinguent des mono-intoxiqués passionnels, qui s'en tiennent toujours à un toxique préféré et y reviennent quand ils récidivent. Le pronostic en est plus grave, car les récidives sont plus faciles et la surveillance moins applicables. Le traitement est le même que pour les intoxications ordinaires; il est même souvent plus facile et moins douloureux.

Ce qui importe dans ce traitement ce n'est pas tant l'intoxication que l'état psychopatique, qui, chez les toxicomanes, est capital.

Contagion de la tuberculose dans la famille. — M. Lemière (de Lille). Pour que la tuberculose éclate, il faut une graine, le bacille tuberculeux, et un terrain favorable à son développement. Or, la prédisposition à la tuberculose n'est heureusement pas générale. Elle provient le plus souvent d'une disposition congénitale spécifique comme l'existence de tuberculose chez les générateurs ; c'est l'hérédo-prédisposition elle peut provenir aussi d'une disposition congénitale non spécifique. Enfin, cette prédisposition peut tenir à un état pathologique antérieur, à une maladie infectieuse préexistante. De beaucoup la prédisposition la plus fréquente est celle qui résulte de l'hérédité même de la tuberculose. Aussi il est très difficile de démontrer la vivacité de la contagion familiale : quand les enfants sont contagionnés par leur père ou leur mère, ils sont des hérédo-prédisposés, et, par suite, il est impossible de dégager sûrement ce qui appartient à l'hérédité et ce qui est le fait de la contagion. Mais quand un époux tuberculeux s'unit à une femme exempte de toute affection tuberculeuse actuelle et de toute tare héréditaire et quand cette dernière devient tuberculeuse après quelques années de cette vie commune, on peut alors sûrement accuser la contagion.

Il y a deux théories en présence pour expliquer le mode de contagion : celle de Flügge ou du transport du bacille par les gouttelettes de liquide entraînées de la bouche du tuberculeux pendant qu'il respire, qu'il parle ou qu'il tousse ; celle de Cornet, qui suppose que la contagion se fait par les poussières desséchées, souillées de bacilles et soulevées dans l'air à chaque mouvement violent de l'air.

Il me semble que l'hypothèse de Cornet est la vraie, que le rôle des poussières joue un très grand rôle dans la dissémination du bacille. Aussi je signale ce fait que ce n'est pas dans les premiers mois du mariage que se fait la contagion maritale, mais bien quelques années après.

Le cœur chez les phtisiques. — M. S. Bernheim (de Paris). Il résulte de l'étude de l'auteur qu'un tuberculeux peut présenter deux sortes de lésions du cœur : 1° des désordres organiques non bacillaires; 2° des lésions spécifiques.

Les lésions non spécifiques sont : l'atrophie, l'hypertrophie, la dilatation du cœur droit, la dégénérescence graisseuse et la surcharge graisseuse, l'abaissement de la tension artérielle, la tachycardie.

Les lésions spécifiques sont : la péricardite tuberculeuse, l'endocardite tuberculeuse, la myocardite tuberculeuse.

L'auteur a établi que :

1° L'*atrophie* est un signe pouvant exister avant l'infection ou se produire par suite de la cachexie tuberculeuse. Elle n'est pas plus fréquente chez les sujets à tare héréditaire que chez sujets indemnes. Elle ne constitue pas un état de réceptivité, mais au cours de la phtisie, il faut la considérer comme un symptôme grave, car elle met le phtisique en état d'infériorité de défense.

2° L'*hypertrophie* est due à des complications, c'est un indice de cachexie lente ;

3° La *dilatation du cœur droit* est fréquente; elle se caractérise quelquefois à l'auscultation pas des signes d'insuffisance tricuspidienne ;

4° La *dégénérescence graisseuse* est très rare. La *surcharge graisseuse*, impossible à diagnostiquer, est grave ; elle peut entraîner la mort subite ;

5° L'*abaissement de la tension artérielle* est un des signes précoces et presque constants de la tuberculose. Le relèvement de cette tension, chez un tuberculeux manifeste, est un signe d'amélioration, et fait entrevoir que le malade est curable;

6° La *tachycardie*, assez fréquente dans la tuberculose, est un signe de probabilité et non de certitude; elle a une valeur diagnostique relative, mais dont il ne faut pas exagérer l'importance ; elle est d'autant plus grande qu'elle apparaît plus tôt. Les tuberculeux tachycardiques doivent être soignés par le repos et la cure d'air ; on devra éviter la suralimentation, surtout quand les émonctoires naturels ne fonctionnent pas d'une façon très active.

7° Les *cardiopathies spécifiques* sont toujours accompagnées d'autres lésions bacillaires connues ou inaperçues. Leur diagnostic est à peu près impossible. Seule la coexistence d'autres localisations de la tuberculose pourra les faire soupçonner. Elle ne comportent pas de traitement spécial.

8° Il n'existe aucun antagonisme entre les cardiopathies et la tuberculose.

Diagnostic hématoscopique de l'anémie pernicieuse progressive. — M. Collet (Lyon). La conservation ou l'augmentation de la valeur globulaire, c'est-à-dire de la quantité d'hémoglobine renfermée dans chaque globule, est un signe important de l'anémie pernicieuse et permet de la distinguer de l'anémie cancéreuse où il y a, au contraire, diminution de la valeur globulaire. En réalité, cette augmentation de la valeur globulaire est plus apparente que réelle et tient en partie à la fragilité des globules dont beaucoup se détruisent pendant les manipulations, comme on l'a récemment démontré ; il n'en est pas moins vrai que la valeur globulaire s'abaisse moins que dans le cancer, et que ce signe conserve sa valeur au point de vue pratique.

Glycosurie alimentaire des femmes enceintes. — MM. Combemale et Oui. Nous avons recherché la glycosurie alimentaire chez un certain nombre de femmes enceintes. Nos résultats obtenus avec la saccharose confirment ceux qui ont été obtenus par Charrin avec la glycose.

Dans les cas où nous avons pu explorer la perméabilité rénale et la toxicité urinaire, nous avons constaté le fonctionnement régulier du rein, en même temps qu'une hypotoxicité urinaire manifeste et, dans tous ces cas, sauf un, l'épreuve de la glycosurie alimentaire a été positive.

Des conditions à remplir pour assurer l'efficacité des inhalations médicamenteuses. — MM. Cassaet et Beylot (Bordeaux). Nous avons cherché à fixer le point jusqu'où pénètrent dans les bronches les vapeurs inhalées. Nous avons étudié l'inhalation de vapeur d'acide osmique comparativement chez des animaux trachéotomisés et non trachéotomisés : chez les premiers, le poumon est imprégné d'acide osmique jusqu'à son extrême périphérie ; chez

les seconds, la pénétration a été très peu profonde. Ces résultats expliquent que la trachéotomie, qui favorise comme on sait les infections pulmonaires, puisse également aider leur guérison.

Pneumonie chronique ulcéreuse avec expectoration de volumineux fragments de parenchyme pulmonaire. — M. Rispal (Toulouse). Un de mes malades ayant rejeté par la voie bronchique des fragments considérables de tissu pulmonaire, accompagnés d'hémoptisies et avec des signes stétoscopiques d'induration massive d'un des poumons, j'avais cru, après un examen microscopique extemporané, à un cancer du poumon. Or, l'autopsie et l'examen histologique ont montré qu'il s'agissait d'un de ces exemples rares de pneumonie chronique ulcéreuse décrite par Charcot en 1860.

Le diagnostic différentiel entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie organique. — M. Crocq (Bruxelles). Malgré les récents travaux de Charcot, Marie et Souza Leite, Achard, Brissaud, Belin, Debove, Pitres, etc., le diagnostic différentiel entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie organique présente souvent des difficultés énormes. Et, tout d'abord, il faut bien délimiter la signification du terme apoplexie hystérique, se garder d'en élargir outre mesure la signification, comme Achard et d'autres l'ont fait, et le réserver pour désigner les cas dans lesquels il y a apoplexie véritable, c'est-à-dire : *perte de la conscience, de la sensibilité et de la mobilité, sans modification essentielle des fonctions respiratoires et circulatoires.*

Dans l'apoplexie hystérique, comme dans l'apoplexie organique, il y a donc ictus.

Pour différencier ces deux accidents il faut :

1° Examiner les antécédents du malade ;

2° Prendre en considération l'âge du sujet, l'état de son système circulatoire ;

3° S'enquérir de la cause de l'ictus ;

4° Etudier les manifestations morbides, voir s'il y a respiration stertoreuse, visage congestionné et vultueux, phénomènes qui, d'après Achard, ne peuvent, en aucun cas, appartenir à l'hystérie ;

5° Explorer la motricité, la sensibilité et les réflexes qui, d'après les auteurs, ne présenteraient pas dans l'hystérie de rapports constants ;

6° Distinguer la paralysie faciale véritable de l'hémispasme glosso-labié de l'apoplexie hystérique.

Ces données théoriques, qui donnent l'illusion de la facilité du diagnostic différentiel, ne suffisent pas toujours, en pratique, pour éviter la confusion. De ce qu'on a affaire, par exemple, à un hystérique, peut-on conclure que l'ictus est névrosique? Si le sujet est jeune, non athéromateux, non syphilitique, peut-on écarter infailliblement l'apoplexie organique? La cause de l'ictus ne peut-elle, dans l'un comme dans l'autre cas, être une émotion morale violente? Quant à l'absence de respiration stertoreuse, de facies congestionné et vultueux, ce n'est nullement un symptôme pathognomonique de l'apoplexie organique, ainsi que les auteurs se plaisent à le répéter.

M. Crocq rapporte, à l'appui de son opinion, le cas d'une hystérique âgée de vingt-quatre ans, frappée subitement d'apoplexie, avec coma, respiration stertoreuse, congestion de la tête, hémiplégie gauche, paralysie faciale inférieure droite, paralysie de la langue, phénomènes simulant à s'y méprendre l'hémiplégie alterne de Millard-Gubler par lésion protubérantielle, au-dessous de l'entrecroisement du faisceau géniculé destiné aux nerfs masticateurs, au facial et à l'hypoglosse, et au-dessus de l'entrecroisement du faisceau pyramidal. Le diagnostic était impossible jusqu'au troisième jour, époque à laquelle l'apparition de contractions spasmodiques dans le côté contracturé de la face, la contraction du côté pseudo-paralysé sous l'influence du sourire, l'anesthésie, la douleur à la pression des régions ovariennes, permirent de penser à l'apoplexie hystérique, diagnostic qui se confirma par une guérison complète au bout de dix jours.

L'examen attentif des paralysies, des anesthésies, et en particulier de la paralysie faciale, ne peut donc donner de résultat diagnostique que lorsque la période de coma est passée. Il peut même y avoir confusion par la suite ; l'auteur cite le cas d'une femme en traitement dans son service, atteinte, à la suite d'un ictus non observé, d'hémiplégie gauche avec paralysie faciale du même côté. Cette malade, entrée à l'hôpital un an après son attaque, fut considérée comme atteinte d'hémorragie de la capsule interne, jusqu'au moment où la faradisation et la suggestion amenèrent du jour au lendemain une amélioration inespérée.

Si, d'autre part, l'ictus se termine par la mort, on ne pourra pas en déduire fatalement que l'apoplexie était organique. Dans le premier cas, relaté par l'auteur, la langue paralysée retombait au fond de la gorge et gênait à tel point la respiration que l'on est en droit de croire que, si l'interne n'avait pas continuellement retiré cet organe, la malade, déjà cyanosée, se serait asphyxiée et aurait péri.

Plus récemment l'auteur a vu un jeune hystérique de seize ans, en traitement dans son service, être frappé subitement d'un ictus apoplectique avec pâleur de la face, cyanose des lèvres, respiration stertoreuse ; la langue retombait au fond de la gorge, l'interne négligea de la retirer, la cyanose s'accentua de plus en plus, les extrémités se refroidirent et, au bout de trois heures, le malade mourut. L'autopsie ne révéla aucune lésion ; l'auteur pense que la chute de la langue dans la gorge suffit pour expliquer la difficulté croissante de la respiration, la cyanose progressive, le coma de plus en plus profond. On aurait donc tort de considérer le diagnostic de l'apoplexie hystérique comme facile et même comme toujours possible.

Rôle des mouvements dans le traitement des névroses. — M. Paul Sollier (Boulogne-sur-Seine). Se basant sur ce qu'on observe chez les hystériques au point de vue de leur tendance à recourir à certains mouvements pour se soulager instinctivement, et sur ses recherches sur la nature de l'hystérie, l'auteur a été amené à constater que certains exercices musculaires, entre autres, avaient pour résultat de faire reparaître la sensibilité dans les parties anesthésiées. Tous les troubles hystériques dépendant de modifications de la sensibilité, on aurait ainsi un moyen pratique de la faire reparaître et, par conséquent, de guérir les accidents nerveux. C'est, en effet, ce que l'expérience a confirmé Mais lorsque l'anesthésie est très profonde, il est nécessaire de recourir à des excitations fortes qui, seules, peuvent mettre en jeu les centres cérébraux qui sont engourdis. C'est en faisant exécuter des mouvements forcés des articulations qu'on atteint ce but. Il s'agit donc là d'un procédé différent de la rééducation des mouvements ou de la

gymnastique suédoise proprement dite, laquelle est avantageusement employée dès que la sensibilité est assez revenue pour que le malade ait conscience des mouvements qu'il accomplit, au moins vaguement, et puisse alors y aider par sa volonté.

Mais un des résultats les plus intéressants de cette méthode c'est qu'elle n'amène pas seulement des modifications du côté de la sensibilité et de la motilité, mais encore du côté psychique à un moment donné, et se traduisant d'abord par des modifications de la mémoire, puis de la personnalité et enfin du caractère et des sentiments affectifs.

Avec une apparence de procédé particulier, cette méthode est, en réalité, d'ordre général, et non seulement elle a donné à l'auteur des résultats supérieurs à tous les autres moyens dans l'hystérie, mais elle trouve son application dans la plupart des névroses.

Quelques considérations sur la fièvre neurasthénique. — M. PARISOT (Nancy), d'après ses recherches sur les températures axilliaire et palmaire, arrive aux conclusions suivantes :

Dans la sensation de fièvre, de chaleur intense, de brûlure dont se plaignent quelques neurasthéniques, la modification thermique est réelle, le thermomètre la met en évidence. L'élévation de température est minime, il ne s'agit nullement d'hyperthermie dans le sens habituel du mot. La sensation de fièvre réside, d'après M. Parisot, dans l'appréciation que fait le sujet des variations les plus faibles de la température du corps en un point déterminé ou en des points différents. Cette évaluation délicate, qui ne peut être faite par des sujets normaux, tient chez le neurasthénique à une véritable thermhyperesthésie. Si la modification thermique est la base de la sensation de fièvre, l'exaltation de la sensibilité thermique en demeure la condition nécessaire ; telle est l'explication de cette fièvre accusée par le neurasthénique à la suite des émotions, des fatigues, des repas, etc.

Notes sur les caractères graphiques du tremblement du vieillard. — MM. MEYER et PIERRE PARISOT (Nancy). Voici les conclusions de ce travail : au repos, le tracé du tremblement du vieillard est caractérisé par une série d'oscillations, les unes plus amples, les autres beaucoup plus petites, quelques-unes même à peine marquées ; ces oscillations se suivent avec ces caractères sans obéir à aucune règle. Comparé au tracé de l'adulte il ne s'en différencie que par une amplitude plus grande. Sur une cinquantaine de déterminations, MM. Meyer et Parisot ont compté 13 à 15 oscillations en deux secondes ; chez l'adulte, même résultat. Cette valeur numérique ne peut rien avoir d'absolu, chez l'adulte comme chez le vieillard, malgré la grande sensibilité de l'appareil enregistreur, certaines oscillations sont si peu accentuées qu'elles peuvent échapper à une numération rigoureuse. Sous l'influence de l'effort chez le vieillard, ce tracé s'accentue très notablement, les vibrations augmentent d'amplitude, mais non progressivement, il en est de même chez l'adulte, mais à un degré moindre. L'exagération semble être en rapport avec l'intensité de l'effort accompli et surtout avec la faiblesse générale du sujet.

Il existe donc un tremblement chez le vieillard qui n'est, au point de vue graphique, tout au moins, que l'exagération du tremblement de l'adulte, ils sont physiologiques tous les deux. Ce *tremblement du vieillard* doit se distinguer, au point de vue clinique de la névrose *tremblement sénile* et paraît s'en différencier également par ses caractères graphiques.

Association microbienne dans la fièvre typhoïde. — M. ETIENNE (Nancy). — Il s'agit d'un malade dont la fièvre typhoïde a été, dès le début, anormale. Au quatrième jour de la maladie, il a présenté une éruption de petites taches roses planes, différentes des taches rosées de la fièvre typhoïde et qui auraient pu faire croire à un typhus exanthématique. Le séro-diagnostic fut négatif à cette période. Mais quelques jours plus tard le sérum agglutinait à 1 pour 50. Il s'agissait donc certainement de fièvre typhoïde. Du sang pris dans la veine du pli du coude fut ensemencé et donna naissance à un très grand nombre de petites colonies transparentes, composées d'un fin bacille non pathogène, non encore décrit. La maladie alla en s'aggravant. Le malade tomba dans le stupor, puis dans le coma. Une seconde éruption, composée, celle-ci, de taches purpurines typiques, apparut sur divers points du corps. Le malade eut aussi une hémorragie intestinale abondante. Il mourut de perforation intestinale. A l'autopsie, on put vérifier les lésions classiques de la fièvre typhoïde.

Cette observation est intéressante parce qu'il s'agit, non d'infection secondaire tardive, comme c'est beaucoup plus fréquent, mais d'association microbienne précoce, avec présence, en grande abondance dans le sang, du microbe associé. Elle montre que le purpura survenant au cours de la fièvre typhoïde n'est pas toujours dû à une association strepto-éberthienne, comme Silbermann l'a prétendu. Elle montre la gravité des infections sanguines associées à la fièvre typhoïde, même quand le microbe associé n'est pas pathogène.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Le Congrès d'Utrecht.

Les oculistes se réunissent tous les cinq ou six ans en un Congrès international ; il y a six ans, en 1893, c'était à Edimbourg ; la semaine dernière, c'était à Utrecht ; en 1904, ce sera en Suisse et probablement à Lucerne. Le Congrès d'Utrecht, qui vient d'avoir lieu du 15 au 18 août, laissera dans l'esprit de ceux qui y ont assisté un souvenir charmant. Nous n'avons point, certes, à médire de l'hospitalité écossaise, si célèbre dans l'histoire, mais l'hospitalité hollandaise est infiniment plus délicate et raffinée. Avec cela une bonhomie et un sans-façon des plus agréables et des plus séduisants. La Hollande est le pays des fleurs, on pourrait ajouter : et de la galanterie, dont les Français n'ont point le monopole. Le comité d'organisation, dans lequel nous nous plairons à citer le professeur Snellen et ses fils, le bourgmestre d'Utrecht, le professeur Straub, d'Amsterdam, le baron d'Aulnis de Bourrouil, descendant d'une famille très française et professeur d'économie politique à l'Université d'Utrecht, le comité avait tout fait pour attirer les dames et, en effet, soixante à quatre-vingts avaient répondu à cet appel. La présence de toutes ces dames ou jeunes filles a donné à ce Congrès une note aimable qui en restera la principale caractéristique.

Une autre caractéristique de ce Congrès, ce sont les excursions que le professeur Straub, secrétaire général, avait remarquablement organisées. Le mardi, c'était le banquet du Congrès, à Tivoli, et tout le monde est resté à Utrecht. Le mercredi, après qu'on eût admiré les principales œuvres du splendide musée d'Amsterdam, quarante-cinq voitures nous ont emmenés voir les curiosités de cette ville si pittoresque et la journée s'est terminée par un banquet au jardin zoologique. Le jeudi, un train spécial, comme la veille, nous emmenait à Baarn où nous avons visité le palais d'été des deux reines ; goûter au champagne dans le très beau parc qui entoure le palais ; à la sortie, et par une attention des plus gracieuses, chaque dame recevait un bouquet ; le soir, banquet à Baarn et retour à Utrecht par un train spécial; la journée était des mieux réussies.

Le vendredi, le programme comportait une promenade à La Haye et à Scheveningue où nous avons eu notre quatrième et dernier banquet, puis c'était, hélas ! la dislocation, N'empêche que le lendemain samedi un certain nombre de congressistes se retrouvaient à Amsterdam, pour aller en bateau et par les canaux faire une excursion à l'île de Markenn, cette perle du Zuy der Zée, dont les habitants ont conservé d'une façon si parfaite leur type et leur costume. Le retour par mer à Amsterdam nous permettait d'admirer une fois de plus les laborieux efforts de cette vaillante population pour conquérir sur la mer un territoire toujours agrandi. Dimanche matin, c'était le départ définitif après un adieu cordial à cette Hollande si sympathique, puis, après un arrêt trop court à Anvers, où l'on expose actuellement les œuvres de Van Dyck, à propos du trois centième anniversaire de sa naissance, le retour à Paris et la reprise du labeur quotidien.

Cela fait bien des excursions et bien des banquets et d'aucuns pourraient penser que tout s'est passé en toasts et en promenades ; mais non, je vous assure, ce Congrès a été tout à fait sérieux, autant que peut l'être un Congrès, et le temps était si bien distribué qu'on pouvait travailler ferme jusqu'à 3 ou 4 heures de l'après-midi, pour aller se promener ensuite.

On a dit beaucoup de mal des Congrès ; il n'y a cependant pas de meilleur moyen de passer utilement et agréablement son temps pendant les vacances, les Congrès internationaux surtout. On voisine très volontiers, on se lie facilement avec des gens de race différente et lorsqu'on revoit là des confrères avec qui on avait déjà fait connaissance lors d'un Congrès antérieur, on se retrouve avec un réel plaisir.

Une constatation que l'on est obligé de faire et qui peut être cruelle pour notre vanité, c'est que, tout en restant, peut-être, le peuple le plus aimable et le plus spirituel de la terre, comme nous nous plaisons à le croire, nous pouvons prendre chez nos voisins d'excellentes leçons de bienveillance, de courtoisie, de politesse vraie. Il nous est même pénible d'être obligé de nous dire que nous aurons grand'peine à être aussi aimables pour nos visiteurs étrangers l'année prochaine que chez eux ils l'auront été pour nous. Il est vrai que les choses ne peuvent se passer de la même façon. Quand nous nous réunissons en Congrès dans une ville d'importance moyenne, nous nous laissons très volontiers embrigader et promener comme des abonnés de l'agence Cook, parce que nous voyons ainsi rapidement et fructueusement les quelques curiosités que renferme le pays ; autrement l'emploi du temps serait quelque peu difficile. Au contraire, lorsque nos confrères étrangers viendront nous voir à Paris l'année prochaine, ils sauront fort bien employer leur temps et tiendront surtout à conserver leur liberté pour en faire un usage en rapport avec leurs goûts. Malgré cela, beaucoup d'entre nous ne devront point oublier qu'ils ont à acquitter une dette de reconnaissance ; il nous sera facile, tout en les laissant jouir pleinement de leur liberté, cette fleur qui pousse si naturellement sur le sol parisien, de nous montrer des hôtes prévenants, aimables et discrets.

A. Chevallereau.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la varicelle. — Voilà une maladie le plus souvent bénigne ; le plus souvent on peut donc s'en tenir à l'expectation armée ou peu s'en faut.

La prophylaxie comporte l'isolement du sujet et sa désinfection, la surveillance des suspects.

Pour la rentrée à l'école, il faudra exiger un éloignement de dix-huit jours au moins, vingt-cinq jours en moyenne de quarantaine ; la chute des croûtes fixe le terme.

Pas de spécifique, pas de sérum jusqu'ici. La vaccination, proposée comme efficace, échoue.

Pour le traitement proprement dit, il importe plus de prévoir, pour n'avoir pas à soigner.

Mettre d'abord l'organisme de l'enfant en bonne posture en face de l'infection, par conséquent :

1° Purgatif, calomel de préférence ;

2° Régime doux, lait surtout, farineux et œufs, ce qui assure l'*asepsie intestinale* relative ;

3° Boissons délayantes et anodines, orangeade, citronade, etc., favorables à la *diurèse* ;

4° Thé, café au besoin, et même extrait mou de quinquina comme *médication tonique*.

Les éléments varicelleux ne suppurent et ne laissent de cicatrice que par infection secondaire. Pour éviter cette complication et les autres rares, ulcérations, phagédénisme, gangrène, protéger les vésicules. *Pas de bains avant crustification.*

A la figure, attouchements légers sur les vésicules qui tendent à pustuler avec un antiseptique, huile mentholée au 5e, éther au sublimé au 500e en solution acide, par exemple, d'après la formule de Talamon, ou à la glycérine.

Onction de vaseline antiseptique au salol, à l'acide phénique ou glycérolé. De même dans les cheveux ; parfois nécessité de les couper.

Sur le corps, poudrage au talc et salol ou oxyde de zinc ou bismuth, au besoin sur onctions de vaseline antiseptique.

Pour le nez, lavages, pour la bouche, gargarismes antiseptiques, à la solution boriquée concentrée.

Toilette générale à la même solution.

Après complète dessiccation, bain antiseptique, soit au savon mou de potasse, au besoin, bain de sublimé.

Surveiller particulièrement les conjonctives, l'anus, les organes génitaux, les plis cutanés.

En cas de suppuration, faire la désinfection des points suppurés, nettoyage, pansement antiseptique occlusif, phéniqué (pas chez les petits), iodoformé, salolé, etc. (H. Gillet *in Journ. des Prat.*).

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — M. le docteur Lereboullet, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Albarran, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à lo Faculté de Paris ; Widal, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris ; Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris ; Aubin, membre du Conseil général des Alpes-Maritimes, maire de Saint-Cézaire ; Fabre, chirurgien en chef de l'hospice d'Alais ; Pujade, président du Conseil gégéral des Pyrénées-Orientales, maire d'Amélie-les-Bains ; Despaux, de Crouy-sur-Ourcq ; Thiroux, médecin de 1re classe des Colonies ; le Dr Collet, sujet belge ; le Dr Thyffer, sujet néerlandais.

Distinctions universitaires — Officiers de l'Instruction publique — Sont nommés : MM. les Drs Géraud (Louis), médecin-major de première classe à Tunis ; Jean Darier, médecin des hôpitaux de Paris.

Officiers d'Académie. — Sont nommés : MM. les Drs Daraignez, médecin-adjoint au lycée de Mont-de-Marsan ; Desesquelles, Toulouse, Ollivier et Pouget (de Paris) ; Fieurot (de Précy-sur-Thil) ; Huber (d'Amiens) Plantier (de Moreuil).

Mérite agricole. — Ont été nommés :

Officiers. — M. le Dr Gauchot (de Chambois).

Chevaliers. — MM. les Drs Heim (de Paris) ; Bonnefous (d'Auriac) ; Chayron (de Villefranche-de-Longchapt) ; Franceschi (de Centuri) et Trilhe (de Mazamet).

Récompenses honorifiques. — Deux médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies :

Médaille de vermeille. — M. le Dr de Cool (d'El-Madher).

Médaille de bronze. — M. le Dr L. Pélissier.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'Internat en médecine. — Par un arrêté du 27 juillet dernier, pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé le 12 août suivant par M. le Préfet de la Seine, le directeur de l'Assistance publique a décidé que le § 2 de l'art. 102 du Réglement sur le service de santé, qui détermine les conditions d'admission au Concours de l'Internat en médecine, serait complété ainsi qu'il suit :

Les externes « ne peuvent toutefois prendre part à ce concours que pendant les sept années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

« Par exception, ce délai pourra être augmenté d'une année pour les internes provisoires en exercice ; mais cette exception ne s'appliquera qu'à ceux de ces internes provisoires qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 28 juin 1878 ».

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Thibault, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine d'Angers.

M. le Dr Boquel, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Dijon. — Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Lyon, pour une place de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Dijon, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Zipfel.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Cousin, agrégé de la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. Chapplain, mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le Dr Follet, suppléant, est nommé professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Rennes.

M. le Dr Le Moniet, suppléant, est profseseur de clinique chirurgicale.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 15 août 1899, rendu par le Président de la République, sur la proposition du ministre de la Guerre, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale. — Les médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraités :

MM. Arthur Letellier, Pierre Petit, Anselme Potheau, Pierre Sacreste.

Au grade de médecin-major de 2e classe de réserve. — M. Edouard Lefort, médecin major de 2e classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale. — M. Armand Cuche, médecin-major de 2e classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale. — M. Guillaume Seguin, ex-médecin-major de 2e classe de la marine.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. — Les docteurs en médecine : MM. Victor Thébault, Maurice Pinault, Louis Dousset, Pierre Mourié, Pierre Robin, Charles Lemercier, François Bramel, Georges Vinot, Jean Carle, Frédéric Cohendy, Paul Wintrebert, Marie Charpentier, Elie Gallois, Pierre Morandeau, Gustave Bureau, Gabriel Larroque, Louis Orjuben, Maximin Fabre, Gontran Mascarel, Antoine Goddard, Marie Escande, Paul Turpault, Louis Roussel, Paul Boignard, Albert Vast, Gabriel Semen, Abel Cavasse, Elie Rouquette, Albert Mouchet, Elie Lefrançois, Pierre Delort, Justin Balland, Auguste Gilbert, Antoine Fontoynont, Elie Montheil, Maurice Coseon, Camille Pelisse, Joseph Tulasne, Lucien Wagon, Jean Chenouard, Maurice Bourgeon, Athanase Pouzin, Jean Garail, Lucien Simonot, Robert Simon, Jules Pel, Charles Gagnière, Alphonse Guyotat, Claude Bernoud, Henri Douriez, Benoît Mauchamp, Eugène Terrien, Pierre Fredet, Jules Castellant, Julien Bailhache, Joseph Oraison, Paul Hugues, Marcel Cavalié, Marcellin Besson, Aristide Abraham, Pierre Danès, Georges Ozanne, Paul Harlay, André Charpentier, Emmanuel Bloch, Alphonse Devillé, Marius Dusser, François Andrieu, Marie Pasteau, Alfred Fontaine, Marie Saint-Hilaire, Ernest Labbé, Raymond Prat-Dumas, Fernand Lamoureux, Louis Moret, Louis Poitevin de Pontguyon, Charles Perret, Marie Robert, Joseph Laclautre, René Hoüeix de la Brousse, Edouard Belaubre, Joseph Jouve, Jean de Pindray, Félix Cordiglion, Sainte Prévost, Jean Barrès, Auguste Le Chevallier, André May, Marie Rogier, Léon d'Anfreville de Jurquet de la Salle, Amans Gaussel.

MM. Louis Gayme; Gustave Bachelier; Elie Cosse; Maurice Hanotte; Nicolas Franchi; Corenfin Bouché; Anne Gonnand; Pierre Bouissou; Jean Faussié; Jacques Balencie; René Morisseau; Edouard Grynfeltt; Paul Follet; Jean Labrit; Emile Pigot; Léon Pelissier; Henri Voisin; Pierre Delmas-Marsalet; Joseph Mathieu; Charles Lefèvre; Paul Thulliez; Louis Guillois; Emile Jeulain; Louis Boissin; Paul Rellay; Georges Pichard; Pierre Cabrol; Anselme Voisin; Bernard Palle; Gaston Flament; Auguste Debacq; Jean Gaussorgues; Emile Guillon; Henri Mongeot; Henry Grandin; Jean Rancoule; Félix Cordonnier; Louis Deck; Camille Douvrin; Edouard Fonvielle; Louis Logerot; Jean Pidancet; Louis Bouvy; Victor Bougon; Léon Ripault; Charles Druon; Georges Goidin; Léon Frarier; Louis Goizet; Georges Pomerais; Baptiste Maradeix; François Mazoyer; Emilé Salles; Pierre Levêque; Jean Bertholet; Marie Lemoyne de Vernon; Louis Joubert; Pierre Raine; Etienne Rey, Maurice Rivalta; Gustave Fusier; Louis Vhillies; Jacques Couillard-Labonnotte; Marie Pascaud; Joseph Gibert; Jean Limouzin-Lamothe; Gabriel Labriche; Louis Malterre; Joseph Lasserre; Dominique Vico; Marcel Hucé; Maurice Martial-Lagrange; Emile Caplet; Charles Wegbécher; Charles Bernay; Jules Chartier; Henri Plaignard; Louis Courvoisier; Jean Naurceils; Pierre Parisot; Henri Fournier; Léon Teisseire; Bernard Degos; Paul Narbonne; Jules Lebreton; Marie Leduc; Eugène Louis; Jean Marchand; Charles Meschinet de Richemont; Paul Brunschwig; Elie Decherf; Camille Butzbach; Ferdinand Giraud; François Pauzier; Henry Viau-Grand-Marais; Michel Markuszewski; Charles Tuefferd; Joseph Lafond-Grellety; Léon Pellier; François Raffin; Louis Deslandes; François Cocurat; Jean Dupuy; Denis Billard; Léon Médard; Paul Bouteillier; André Bégué; Pierre Meyssan; Albert Ancel; René Masson; Octave Patry; Léopold Charpentier; Georges Wildenstein; Sicaire Hyvert; André Résibois; André Bled; Ernest Trotin; Dominique Laporte; Jean Réniac; Albert Astruc; Marcel Meunier; Henri Sergent; Donatien Jalaber; Georges Duval; Albert Zuber; Vincent Rioufol; Antoine Dupuy; Charles Goin; Prosper Temin; Joseph Roux; Paul Morfaux; Marcel Masson; Camille Melcion; Paul Mathieu; Paul Courties; Joseph Poumier; Louis Grosmaire; George Olive; Charles Gillet; Jean Alric-Courgès; Xavier Dauban; Edmond Humbert; Maurice Colliez.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale. — Les docteurs en médecine : MM. Charles de Crévoisier de Vomécourt, ex-médecin de 2e classe des colonies; Georges Roulleau; Laurent Réjou; Julien Praud.

Corps de santé de la marine. — M. Pellan, médecin de deuxième classe du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le « Lion » escadre de l'Extrême-Orient), en remplacement de M. Martin.

M. Gombaud, médecin de première classe du port de Rochefort, est désigné pour continuer ses services au 3e régiment d'infanterie de marine, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Merleau-Ponty.

M. Depied, médecin de première classe du port de Toulon, est désigné pour continuer ses services au 4e régiment d'infanterie de marine, en garnison à Toulon, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Fournes.

Congrès d'électrologie et de radiologie médicales. — Dans sa séance du 20 juillet dernier, la Société française d'électrothérapie et de radiologie a décidé de convier tous les ans, à Paris, en Congrès international avec exposition annuelle des appareils nouveaux se rapportant à ces sciences, tous les savants qui s'occupent d'électrologie et de radiologie médicales. Elle a nommé pour organiser le prochain congrès qui aura lieu l'an prochain et qui aura, en raison de sa coïncidence avec l'Exposition universelle, une importance toute particulière, une commission exécutive composée de *MM. Apostoli, Boisseau du Rocher, Branly, Oudin, Moutier*, de Paris et *Doumer*, de Lille; c'est à ce dernier que doivent être adressées, 57, *rue Nicolas Leblanc, Lille*, toutes les communications ou demandes de renseignements relatives à ce Congrès.

Les bègues et les pèlerinages. — Il existe, dans nombre de localités, des fontaines, sources, chapelles, tombeaux, dolmens, bois, arbres, etc. où l'on va, de temps immémorial, pour obtenir la guérison ou la préservation d'une maladie ou d'une infirmité.

M. le Dr Chervin, directeur de l'Institut des Bègues de Paris (82, *avenue Victor-Hugo*) recevrait avec reconnaissance des renseignements détaillés sur les rites, cérémonies, offrandes, en usage dans les lieux où l'on se rend spécialement pour les enfants bègues, muets ou en retard pour parler, etc., et en général sur tout ce qui a trait aux traditions populaires relatives à la parole.

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro de la *Revue critique de médecine et de chirurgie*, bi-mensuelle; direction scientifique, les Drs Doyen, Toupet, Manson; secrétaire de la rédaction, le Dr Aragon.

Nécrologie. — Le Dr Marchand, chirurgien des hôpitaux de Paris, décédé le 13 août, à l'âge de 57 ans. — Le Dr Mauricet, de Vannes, reçu en 1862. — Le Dr Ambrezin, de Paris, reçu en 1884. — Le Dr Delafargue, de Callac (Côtes-du-Nord), reçu en 1854. — Le Dr Cassagne, de Soueich (Haute-Garonne). — Le professeur Bunsen, d'Heidelberg, physicien bien connu, inventeur de la pile qui porte son nom. — Le Dr Ferron, directeur du service de santé du 13e corps d'armée. — Le Dr Chagnaud, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Rouen. — Le Dr de Crevoisier d'Hurbache, de Briey, décédé à l'âge de 79 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. *Vient de paraître* : tome viii. *Maladies du pancréas, de la rate, du foie et des voies biliaires, de l'anus et du rectum, des reins.* 1 vol. in-8 de 972 pages avec 123 figures; 12 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils 19, rue Hautefeuille, à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*